

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Olaparib (Lynparza<sup>MC</sup>) — Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--

#### 2 - Prescripteur

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE  <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> <b>OU</b> <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR
	ADRESSE NUMÉRO RUE	APP.
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC
	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT OLAPARIB	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU	ANNÉE MOIS JOUR
		<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	

#### Type de demande

**Demande initiale**  
 Complétez les sections 4- 6- 7

**Demande de renouvellement d'une autorisation**  
 Complétez les sections 5- 6- 7

#### 4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

<b>Diagnostic ou contexte clinique</b> <input type="checkbox"/> Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
<b>Administration de l'olaparib</b> <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____
<b>Mutation</b> <input type="checkbox"/> Mutation germinale ou somatique d'un gène <i>BRCA</i> <input type="checkbox"/> Autre mutation. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Aucune
<b>Valeur ACTUELLE du statut de performance</b> ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

Numéro d'assurance maladie  
de la personne assurée

Numéro d'inscription  
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

## Olaparib (Lynparza<sup>MC</sup>) — Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration (suite)

### 4 - Renseignements cliniques (suite)

**Résumé des essais antérieurs ou contre-indications** ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

Inhibiteur de la synthèse des androgènes Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Inhibiteur du récepteur des androgènes de 2 <sup>e</sup> génération Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

### 5 - Renseignements cliniques – Demande de renouvellement d'une autorisation

#### Administration de l'olaparib

- En monothérapie  
 Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR

- Absence de progression de la maladie  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

### 6 - Renseignements complémentaires (facultatifs)

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

### 7 - Signature du prescripteur autorisé

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE
ANNÉE    MOIS    JOUR

Retourner le présent formulaire

- par télécopieur à Québec : **418 646-5653**  
ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**
- par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec  
C. P. 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3

Le présent formulaire respecte la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements relatifs aux indications reconnues pour le paiement.